Belastungsreaktionen bei Soldaten: vom Kampf gegen Simulanten und Psychopathen bis zur Einrichtung professioneller Behandlungszentren

Oswald Klingler

Seit der Antike wird über psychische Belastungsreaktionen nach Kampf- und Kriegsereignissen berichtet.[1)] Als die erstmalige Beschreibung einer Belastungsreaktion bei Soldaten im Sinne einer medizinischen Diagnose muss jene der „Nostalgia" gelten. Diese wurde 1716 durch den österreichischen Internisten Auenbrugger als Krankheit beschrieben, die v.a. bei jüngeren Soldaten auftrete, die man zum Kriegsdienst gezwungen habe, und die sich durch Heimweh, Traurigkeit und Hoffnungslosigkeit auszeichne. Eine Verbesserung könne weder durch Medikamente, noch durch Argumente oder Bestrafungen erreicht werden, wohl aber durch eine Verkürzung des Kriegsdienstes. Bei den napoleonischen Truppen sind zur Behandlung der Nostalgia nicht nur Ablenkung, Drill und kriegerische Musik empfohlen worden, sondern v.a. eine sinnvolle Beschäftigung (!), zum Nutzen der eigenen Person oder der Gemeinschaft.[2)] Die Störung scheint übrigens auch heute unter Rekruten weit verbreitet;[3)] sie entspricht aus heutiger Sicht am ehesten einer Anpassungsstörung im Sinne einer depressiven Reaktion, primär wohl einer Reaktion auf die Umstände und allgemeinen Belastungen des Soldatenlebens. Stärker auf das Erleben von Gefahr, Angst und Erschrecken bezogen scheint das im Rahmen der Napoleonischen Kriege so bezeichnete „vent du boulet"-Syndrom, das also etwas abschätzig auf den Wind der Kanonenkugeln zurückgeführt wurde.[4)]

Nostalgia kann sehr ernsthafte Züge annehmen, im Amerikanischen Bürgerkrieg ist sie ein häufiger Grund für Hospitalisierungen, Entlassungen und Suizide gewesen.[5)] Als eine andere Belastungsreaktion aus dieser Zeit wird ein von Da Costa als „soldiers-heart" oder „irritable heart" bezeichnetes Phänomen beschrieben. Bei diesem lagen nicht nur Klagen über Herzschmerzen, Müdigkeit, Erschöpfung, Schwindel und Atemnot vor, sondern auch ein erhöhter und unregelmäßiger Puls, der durch den Militärarzt mit Hilfe des erst kürzlich erfundenen Stethoskops auch als ein „objektives" Krankheitszeichen direkt überprüfbar war. Auch wenn sich Da Costa nicht explizit über die Verursachung der Störung festgelegt hat, so hatte er primär somatische Ursachen in Verdacht und berichtet, dass die Störung v.a. nach schweren Belastungen im Felde oder nach fiebrigen Infektionen, Durchfällen oder Verwundungen festzustellen war.[6)]

Der Bürgerkrieg hatte viele Opfer gefordert. „If a state orders her men to fight, it accepts the obligation to care for them", so war dann 1891 vom damaligen Gouverneur von Texas eindringlich die Verantwortlichkeit und Fürsorgepflicht des Staates eingemahnt worden.[7)] Dass dieser Forderung bei psychischen Schädigungen lange nicht angemessen entsprochen wurde, hat gewiss auch damit zu tun, dass es möglich ist, solche Schädigungen zu simulieren, aber noch viel leichter, einem Betroffenen eine Simulation oder pathologische Disposition zu unterstellen.

Simulation spielte schon eine Rolle in der Diskussion der 1866 durch den Chirurgen Erichsen als „railway-spine" bezeichneten Störung, die sich bei den Opfern von Eisenbahnunfällen nach einer gewissen Latenzzeit mit Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, vegetativen, neurologischen und/oder emotionalen Symptomen eingestellt hat.[8)] Besondere Aufmerksamkeit hatte die Störung durch die Einführung von Schadenersatzverpflichtungen in England und später auch in Deutschland erfahren. Dass Schadenersatz auch für objektiv nur schwer belegbare Traumafolgen gefordert werden könnte, hatte bei Bahngesellschaften und Versicherungen naturgemäß einige Verunsicherungen zur Folge. Nicht verwunderlich, dass es gerade ein Eisenbahnarzt war (Rigler, 1879), der die möglichen Schädigungen abgeschwächt und von der Entlarvung von zahlreichen Simulanten berichtet hat.[9)] Der Psychiater Kuehn (1891) habe dazu die Polemik beigetragen, dass die Zahl der Simulanten, die ein Arzt entlarvt haben wolle, gewöhnlich in einem umgekehrten Verhältnis zu seinem psychiatrischen Wissen stehe.[10)]

1904 wurde vom Psychiater Kraepelin[11)] die „Schreckneurose" in seine schon damals sehr einflussreiche Klassifikation und Beschreibung seelischer Störungen aufgenommen. Die Bestimmungsstücke der so bezeichneten Störung zeigen eine erstaunliche Ähnlichkeit mit heutigen Auffassungen:

- ihr Auftreten infolge von heftigen Gemütserschütterungen, plötzlichem Schreck, großer Angst im Rahmen

eines Unfalles oder Katastrophenereignisses,

- ein schleichender Beginn über Wochen oder Monate,
- Traurigkeit, Ängste, die sich zu heftigen Ausbrüchen steigern können,
- geringe Anteilnahme an der Umwelt, aber Beschäftigung mit quälenden Vorstellungen mit dem Geschehenen und dessen Folgen,
- Angstträume, somatische Beschwerden, sensorische und motorische Störungen,
- Erschöpfung und verminderte Leistungsfähigkeit.

Im Russisch-Japanischen Krieg ist dann bei russischen Offizieren die erste Beschreibung einer „Kriegsneurose" erfolgt. Die Praxis, die Betroffenen zu repatriieren, habe nach den Berichten amerikanischer Militärärzte zu einer sechs- bis zehnfachen Zunahme der Inzidenzen geführt.[12)]



Im Ersten Weltkrieg erreichte das Ausmaß der psychischen Belastungsstörungen einen neuen Höhepunkt. Nie zuvor mussten Soldaten aus psychischen Gründen so zahlreich entlassen werden. Eines von vielen neu beschriebenen Symptomen war der sogenannte „Thousand-Yards Stare" (Bild: vorgeschobener australischer Verbandsplatz bei Ypern, 1917).

Der Erste Weltkrieg

Der Erste Weltkrieg ist mit einem nie zuvor gekannten Einsatz an Menschen und Material geführt worden. Und nie zuvor ist es bei Soldaten in einem so massenhaften Ausmaß zu psychischen Belastungsreaktionen gekommen. Zahlreiche Soldaten der deutschen und der alliierten Streitkräfte mussten wegen des Da-Costa-Syndroms („irritable heart") entlassen werden.[13)] Durch den britischen Militärarzt Myers (1915) wurde der Begriff „Shell-Shock" geprägt. Er hatte bei Soldaten, die ohne äußere Verletzungen Granatexplosionen überlebt hatten, sensorische und neurologische Symptome festgestellt - Störungen des Sehens, des Gehörs, des Geruchs- und Geschmackssinnes sowie der Erinnerung und v.a. des Schlafes.[14)] Noch häufiger aber wurden psychogene Bewegungsstörungen berichtet, mit Zittern, Krämpfen, Lähmungen - die „Kriegszitterer".

Dass eine deutlichere Beschreibung von emotionalen Reaktionen - etwa Angst, Furcht, Entsetzen - nur selten erfolgt ist, überrascht wenig. Solche Zustände galten nicht nur als unmännlich und unsoldatisch, für Feigheit vor dem Feind drohte ja grundsätzlich auch die Todesstrafe. Dennoch erfolgte durch den britischen Militärmediziner Rivers 1918 eine Beschreibung der psychischen Kampfreaktionen als Angstneurose. Es käme zu quälend wiederkehrenden Erinnerungen, Albträumen, Schlafstörungen und Angstzuständen, aber auch zu schweren depressiven und dissoziativen Zuständen (Zuständen eines Orientierungs- und/oder Erinnerungsverlustes). Als das wesentliche Bestimmungsstück der Störung werden aber die bewussten und unbewussten Bemühungen der Betroffenen beschrieben, die belastenden Erinnerungen zu unterdrücken beziehungsweise zu vermeiden.[15)]

Egal ob eine emotionale oder körperliche (neurologische oder vegetative) Symptomatik überwogen hat - es ist leicht nachvollziehbar, dass solche Zustände den Kriegsherren ungelegen waren. Überhaupt angesichts ihres massenhaften Auftretens. Und in Deutschland haben Psychiater ihre Fachkollegen aufgerufen, ihre Arbeit in den Dienst von Krieg und Vaterland zu stellen.[16)]

Gewiss war für manche Ärzte und Kommandanten irritierend, dass

- vergleichbare Belastungen bei verschiedenen Personen zu ganz unterschiedlichen Reaktionen geführt haben,
- Symptome oft auch schon nach objektiv geringfügigen Belastungen und noch vor dem Einsatz an der Front zu beobachten waren,
- Soldaten mit schweren körperlichen Verletzungen und Kriegsgefangene zumeist geringere psychische Belastungsreaktionen gezeigt haben als solche, denen ein weiterer Kampfeinsatz gedroht hat.

Belastungsreaktionen wurden häufig auf eine psychopathische Disposition der Betroffenen zurückgeführt oder als hysterische Symptome interpretiert, durch die ein gewisser Zweck verfolgt werde.[17)] Auch das Da-Costa-Syndrom ist mit einer neurotischen Vorbelastung in Zusammenhang gebracht worden.[18)] Zunehmend wurde den Geschädigten ein mangelnder Wille unterstellt oder von einer bewussten Simulation ausgegangen.

Die Behandlungsmethoden zielten zumeist darauf ab, die Betroffenen zu bestrafen, abzuschrecken, beziehungsweise zurück an die Front zu zwingen. Besondere

Bekanntheit und Verbreitung hat die von Kaufmann als „Überrumpelungsmethode“ bezeichnete Behandlung durch Suggestionen und Elektroschocks gefunden. Sie „zwingt auch den Kranken, der nicht zur Heilung inkliniert, so gut wie immer in die Gesundheit hinein; denn der gewaltige Schmerzeindruck verdrängt alle negativen Begehrungsvorstellungen.“ In der Regel sei dadurch schon nach einer Sitzung eine „Heilung“ zu erreichen gewesen. Von Kaufmann selbst wurde allerdings auch eingeräumt, dass sich die so Behandelten nicht mehr für einen Einsatz als Feldsoldaten eignen würden.[19] Der deutsche Militärpsychiater Nonne behauptete, alleine durch Hypnose eine große Zahl an Kriegsneurotikern erfolgreich behandelt zu haben. Er hatte die Behandlungen auch filmisch dokumentieren lassen.[20] Nach anderen Quellen habe Nonne zur Unterstützung der Behandlung empfohlen, die Betroffenen sich nackt ausziehen zu lassen, das erhöhe das Gefühl des Ausgeliefertseins. Und der Wille der Betroffenen solle durch schmerzhafte Elektroschocks unterstützt werden. Von anderen Militärärzten gab es Empfehlungen betreffend Zwangsexerzieren, Isolationshaft, Scheinoperationen und kalte Dauerbäder.[21] Die Kreativität wurde wohl durch Patriotismus beflügelt - oder durch die Sorge um das eigene Schicksal?

Der Kampf gegen Kriegsschädigungen ist auch bei anderen Armeen zu einem Kampf gegen die Simulation verkommen.[22] Auch bei den britischen Streitkräften wurden psychische Störungen durch Elektroschocks behandelt[23] oder durch Diät (Nahrungsentzug!) oder harte Arbeit.[24]

Aber es gab auch andere Ansätze. Sehr einflussreich waren die Überlegungen und Empfehlungen des amerikanischen Militärpsychiaters Salmon (1917). Von diesem war auch warnend auf Fälle von Suizid bei vermeintlichen Simulanten verwiesen worden.[25] Salmon hat sogenannten konstitutionellen Neurotikern, denen die Erkrankung eine willkommene Fluchtmöglichkeit biete, ursprünglich Gesunde gegenübergestellt, die ihre Störung ausschließlich wegen ihrer Kriegserlebnisse entwickelten.[26] Auf Grundlage der Erfahrung, dass sich nach einer einmal erfolgten Repatriierung kaum mehr eine Verwendung im Einsatz erreichen lasse, wurde eine möglichst einfache, kurzfristige und einsatznahe „Forward“-Behandlung empfohlen. Die Verwendung von Krankheitsetiketten sollte vermieden werden. Als Inhalte der Behandlung wurden Beschäftigung, Arbeit, Psychoedukation, Suggestion und Hypnose angeführt. Die Erfolge muten bescheiden an: Nur knapp 21% der Behandelten konnten zurück an die Front entlassen werden.[27]

Der britische Militärarzt Rivers hat schon 1918 wichtige Ergebnisse der modernen Therapieforschung vorweggenommen. Rivers wandte sich gegen die verbreitete Empfehlung, die von belastenden Kriegserfahrungen Betroffenen von ihren Erinnerungen fernzuhalten. Er hat im Gegenteil, dazu ermutigt, über die belastenden Erfahrungen zu sprechen, und beschreibt in Fallberichten eine damit verbundene Verbesserung der Symptomatik. Von Rivers wurde nachdrücklich vor Sicherheitsproblemen gewarnt, die mit der bloßen Unterdrückung traumatisierender Erinnerungen bestünden: Dass der Soldat, wenn er im Einsatz wieder mit der Kriegsrealität konfrontiert werde, einen für ihn und die Gemeinschaft gefährlichen Zusammenbruch erleiden könne.[28]

Zwischen den Weltkriegen

„Sie überhaupt Regimentsarzt schaun S‘ mir, daß die Leut hinauskommen! … treiben S‘ nicht die Humanität auf die Spitze! Was ein patriotischer Arzt ist, hat ein Frontlieferant zu sein! Nehmen S‘ sich ein Beispiel am Dr. Zwangler, der hat einem Zitterer einen Fetzen in den Mund gsteckt und ihn mit zwei elektrischen Behandlungen B-Befundtauglich gemacht. Oder der Dr. Zwickler! Der hat einen Ehrgeiz, von dem stammt bekanntlich die Idee, die Geschlechtsteile zu faradisieren, er will halt möglichst viele und rasche Erfolge erzielen, und es gelingt ihm! Nehmen S‘ sich ein Beispiel! Jetzt muß man halt bißl antauchen! Bei die Deutschen hams den Sinusstrom - mir san ja eh die reinen Lamperln.“[29]

Wegen der öffentlichen Kritik an der Behandlung von Soldaten wurde nach dem Krieg in Österreich eine Untersuchungskommission einberufen. Dieser hatte auch Sigmund Freud angehört. Dem Schöpfer der Psychoanalyse passten die „Kriegsneurosen“ vermutlich gar nicht ins Konzept. Sollten doch nach seiner Lehre die Ursachen aller Neurosen in der Kindheit liegen.[30] Und nun sollte er, der noch immer um Anerkennung rang, ausgerechnet die Vorwürfe prüfen, die gegenüber einem einflussreichen Angehörigen des medizinischen Establishments vorlagen. Dem damaligen Universitätsprofessor Wagner-Jauregg war nämlich die Anwendung von unnötig grausamen Behandlungsmethoden vorgeworfen worden. In seinem Gutachten hatte Freud sich dann sehr kritisch zur allgemeinen militärmedizinischen Praxis geäußert:

„Es ist unwidersprochen geblieben, dass es damals zu Todesfällen während der Behandlung und zu Selbstmorden infolge derselben in deutschen Spitälern kam … Die Medizin stand eben diesmal im Dienste von Absichten, die ihr wesensfremd sind … Der unlösbare Konflikt zwischen den Anforderungen der Humanität, die sonst für den Arzt maßgebend sind, und denen des Volkskrieges mußte auch die Tätigkeit des Arztes verwirren.“

Wagner-Jauregg jedoch ist von Freud wesentlich entlastet worden: Er könne sich nicht vorstellen, dass dieser seine Elektrobehandlungen ins Grausame gesteigert habe.[31] Wagner-Jauregg wurde vollständig rehabilitiert, und in der Folge ist eindringlich vor den Gefahren von Renten- und Entschädigungsbegehren gewarnt worden.[32] Zu diesen lieferte Freud den Beitrag (1919), dass sich die bedrängte Seele in die Krankheit gerettet habe, die Kriegsneurosen so einem sekundären Krankheitsgewinn gedient hätten, aber nach dem Kriege bald verschwunden sein würden.[33] Und bei Freuds Gefährten Ferenczi (1919) hat offenbar das nach psychoanalytischer Theorie Unpässliche zu einer sehr abwertenden Haltung geführt:

„Sie kennen alle die mitleiderregenden Gestalten, die mit schlotternden Knien, unsicherem Gang und mit eigenartigen Bewegungsstörungen behaftet durch die Gassen humpeln. Sie machen den Eindruck hilfloser und unheilbarer Invaliden; und doch zeigt die Erfahrung, dass auch dieses traumatische Krankheitsbild rein psychogen ist. Eine einzige suggestive Elektrisierung, wenige

hypnotische Maßnahmen genügen oft, solche Leute, wenn auch nur vorübergehend und bedingungsweise, voll leistungsfähig zu machen."[34]

„In der psychischen Sphäre des Traumatisch-Neurotischen herrschen hypochondrische Depression, Schreckhaftigkeit, Ängstlichkeit und hochgradige Reizbarkeit mit Neigung zu Zornausbrüchen vor. Die meisten dieser Symptome lassen sich auf gesteigerte Ich-Empfindlichkeit zurückführen (insbesondere die Hypochondrie und die Unfähigkeit, körperliche oder seelische Unlust zu ertragen)."[35]

„Die Gesamtpersönlichkeit der meisten Traumatiker entspricht also der eines infolge Erschreckens verängstigten, sich verzärtelnden, hemmungslosen, schlimmen Kindes ... Die meisten wollen nicht arbeiten, sie wollen wie ein Kind erhalten und ernährt werden."[36]

Entsprechend wurde allgemein betont, dass psychische Kriegsbeschädigungen Ausdruck von Vorschädigungen und/oder mangelndem Willen sind. Dieser Sichtweise und der schwierigen wirtschaftlichen Lage der Zeit entsprechend, wurde den Geschädigten zumeist auch die Anerkennung als Kriegsopfer verweigert.[37] Schließlich wurden auch Befürchtungen geäußert, dass im Krieg die „starken, gesunden und tapferen Helden" an der Front geopfert worden wären, während „die geistig Minderwertigen, Nutzlosen und Schädlinge" überlebt hätten.[38] Und zunehmend begannen sich schon zu dieser Zeit deutsche und österreichische Psychiater für die Ausmerzung der „Minderwertigen" auszusprechen.[39] Rasch ist es still geworden um die Schicksale der psychisch geschädigten Kriegsopfer.

Der Zweite Weltkrieg

Vom amerikanischen Militärpsychiater und Freud-Schüler Kardiner wurden die unterschiedlichsten Störungen als Folgen der traumatischen Kriegserfahrungen beschrieben: Hypochondrie, Schizophrenie, Neurosen, Tics, autonome und psychosomatische Störungen, motorische und sensorische Störungen, epileptische Symptome. Bei jeder der bekannten neurotischen und psychotischen Störungen könne eine vorausgegangene traumatische Erfahrung Ursache oder Auslöser sein.[40] Die Störung könne jede Persönlichkeit betreffen; durch die Persönlichkeit werde lediglich das klinische Erscheinungsbild bestimmt.[41] Es wurde wieder auf die Methoden der frontnahen „Forward"-Behandlung mit den Prinzipien der Nähe, der Kurzfristigkeit und der Einfachheit zurückgegriffen. Nahe dem Einsatzgebiet sollten Betroffene eine zeitlich begrenzte Erholung erhalten, mit ausreichend Schlaf, Nahrung, Sedativen und entsprechenden Suggestionen („the boys are waiting for you"). Nur bei offenbar schwierigeren Fällen erfolgte eine Behandlung in Krankenhäusern außerhalb des Einsatzgebietes. Dabei wurde vornehmlich auf eine Auflösung der Belastungssymptome durch hypnotische Suggestionen abgezielt, häufig unter dem Einsatz des Barbiturates Pentothal. Nach der akuten Phase sollten Hypnose und Barbiturate etwas zurücktreten gegenüber einem direkteren bewussten Zugang. Dieser beinhaltete zumeist eine genauere Trauma-Rekonstruktion und die Zielsetzung, die Realitäten anzuerkennen und in der äußeren Welt wieder Fuß zu fassen: „Every effort should be bent to reeducating the patient to the actual realities in which he lives rather than to the dangerous and inhospitable world in which he fancies himself."[42] Die von größeren Problemen betroffenen Soldaten sollten nicht mehr in den Einsatz geschickt werden, weil schon kleine traumatische Neurosen das Potenzial für die Entwicklung viel größerer in sich trügen.[43]

Damals habe es bei den amerikanischen Streitkräften eine Anweisung gegeben, alle psychischen und psychiatrischen Störungen zunächst mit der Diagnose „Exhaustion" (Erschöpfung) zu versehen. Damit sollte eine Implikation von länger anhaltenden psychischen Störungen vermieden werden. „You are neither sick nor a coward. You are just tired and will recover when rested", so wurde das Standardprinzip der Behandlung charakterisiert.[44] Indirekt wurde dem Betroffenen damit allerdings gesagt, dass er als entweder krank oder als ein Feigling (coward) gelten müsse, wenn die gebotene Behandlung - ein wenig rasten - nicht ausreiche. Es zeigten sich hohe Rückfalls- und Entlassungsraten.[45]

Bei der Deutschen Wehrmacht wurden im Zweiten Weltkrieg v.a. gastrointestinale Beschwerden und eine als Kriegsmüdigkeit bezeichnete Erschöpfung berichtet. Für die besser qualifizierten Offiziere waren zunächst



Durch Suggestion und Elektroschocks sollten die Betroffenen in die „Gesundheit gezwungen werden". Die Behandlung zielte im Ersten wie auch im Zweiten Weltkrieg vorrangig darauf ab, die Soldaten rasch wieder an die Front zu bringen (Bild: Elektroschocktherapie an einem Kriegszitterer, 1914).

auch psychotherapeutische Behandlungen vorgesehen, mit Anwendung von autogenem Training, Hypnose und tiefenpsychologischen Verfahren.[46] In den zahlreichen „Magenbataillonen" erfolgte die Behandlung durch Diät und Zwangsuntersuchungen - durch ein in starrer Ausführung vorgeschriebenes Gastroskop.[47] Ein Alkohol- und Drogenproblem war bekannt, als Drogen fanden nicht nur das stimulierende/leistungssteigernde Pervitin Verwendung, sondern auch Opiate, sonstige Schmerzmittel und Barbiturate/Beruhigungsmittel. Das zunehmende Alkoholproblem wurde nach einem ärztlichen Bericht noch 1942 neben anderen Ursachen auf die Kriegsbelastungen zurückgeführt.[48] Mit der Zunahme von Ausfällen ist es zu einem Verbot der Diagnosen der „Kriegsneurose" und „Kriegshysterie" gekommen und zur allgemeinen Wiedereinführung der schmerzhaften Behandlungen aus dem Ersten Weltkrieg. Besondere Bekanntheit hat dabei das sogenannte „Pansen" erlangt, eine nach dem Psychiater Panse benannte Anwendung einer Elektroschocktherapie auf den ganzen (!) Körper. Soldaten mit „abnormen psychischen Reaktionen", die auch durch solche Methoden nicht zur Räson gebracht werden konnten, drohte das Kriegsgericht oder der Abschub in Strafkompanien, Anstalten oder Konzentrationslager.[49] In noch viel krasserer Weise als je zuvor wurde das Auftreten von Belastungsreaktionen in Zusammenhang mit dem Strafbaren, Pathologischen, Lebensunwerten gebracht.

Nach dem Zweiten Weltkrieg

Nach Kardiner sollten für psychisch geschädigte Soldaten nicht Kompensationen (Entschädigungen, Pensionen) geleistet werden, sondern eine angemessene Behandlung. Nur bei jenen, bei denen eine solche keinen ausreichenden Erfolg ergeben hat, sei eine weitere Verantwortlichkeit der Regierung zu sehen. Das allerdings auch in Fällen, bei denen eine Prädisposition anzunehmen sei, da eine solche ja nicht als alleinige Ursache für die Schädigung angesehen werden könne.[50]

Anhaltende psychische Störungen durch die Kriegsbelastungen waren bei vielen Veteranen auch noch Jahrzehnte nach dem Zweiten Weltkrieg festzustellen. Dass in Deutschland und Österreich noch lange nach dem Krieg sehr viel weniger als in anderen Ländern über psychische Folgeschäden bei Soldaten gesprochen (geschrieben) wurde, kann - bei genauerer Betrachtung - nur wenig überraschen:

1. Kriegstraumata waren nichts Besonderes, sie haben hier in einem noch viel größeren Ausmaß nicht nur Soldaten, sondern in vielen bombardierten Städten auch unzählige Frauen und Kinder betroffen. Und sie standen hier neben anderen schwerwiegenden Belastungen, wie jenen durch lange Gefangenschaften, Übergriffe durch die Besatzungstruppen, durch die bittere Not der Nachkriegszeit und den dringenden Wunsch und das Erfordernis eines raschen Wiederaufbaus.

2. Die medizinische Versorgung lag darnieder, nur wenig Geld stand für die Kriegsopferversorgung zur Verfügung, so bestand bei psychischen Kriegsschäden auch aus diesem Grund kaum Aussicht auf Unterstützung.

3. Die Fragen von Schuld- und Täterschaft und deren Abwehr haben eine sachliche Auseinandersetzung mit den Kriegsfolgen erschwert.

4. Psychische Probleme sind gerade im deutschsprachigen Raum mit Schwäche und Minderwertigkeit verbunden worden.

5. Noch viel stärker als nach dem Ersten Weltkrieg wurde versucht, die teilweise traurige Rolle von Medizin/Psychiatrie, aber auch der Psychologie, zu vertuschen.[51]

6. Viele Psychiater, die schon vor und während des Krieges (mit ihren zweifelhaften Methoden) gegen „Simulanten" und „Psychopathen" gekämpft hatten, konnten auch nachher noch einen großen Einfluss ausüben. So etwa der im Zweiten Weltkrieg bekannt gewordene Erfinder des „Pansens". Dieser hatte nach dem Zweiten Weltkrieg Funktionen als Krankenhausleiter, Universitätsprofessor und im Bundesdeutschen Sachverständigenrat für Kriegsopferversorgung ausgeübt.[52] Noch 1952 war von ihm behauptet worden, dass die Folgen der Kriegsbelastungen nur vorübergehend und reversibel seien, außer bei dazu konstitutionell Disponierten.[53] Der Kriegsopferversorgung hat Panse vermutlich viel Geld erspart.

Und die Kriege gingen weiter, zum Glück vorerst nicht mehr in Europa. Bei den amerikanischen Soldaten des Vietnamkrieges konnte „combat exhaustion" nur mehr in einem geringen Ausmaß beobachtet werden. Das wurde zunächst begeistert zurückgeführt auf den Erfolg von Auslese, Ausbildung und Ausrüstung der Soldaten, auf die Anwendung von zwölfmonatigen Truppenrotationen, v.a. aber auch auf die konsequente Anwendung der „Forward"-Behandlungen.[54] So ist noch 1974 enthusiastisch verkündet worden: „military psychiatry in the Vietnam conflict achieved its most impressive record in conserving the fighting strength."[55] Das hatte allerdings nur den scheinbaren Erfolg gegen „combat exhaustion" betroffen, durch die auch kaum eine Repatriierung oder Entlassung erreichbar war. Eine solche sei viel eher durch andere Störungen möglich gewesen, solche neurologischer Art, aber auch Schizophrenie, Suchterkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, die dann auch gehäuft zu diagnostizieren waren.[56]

Bei den Heimkehrern haben sich dann tatsächliche Folgeschäden in einem noch nie gekannten Ausmaß gezeigt. Nicht unwahrscheinlich, dass gerade durch die viel gerühmten „Forward"-Behandlungen, durch die ja die Betroffenen möglichst schnell wieder in den Kampf gebracht werden sollten, eine Verschleierung und Verschleppung von Schädigungen erfolgt ist, die damit verstärkt und verkompliziert wurden und zu einem späteren Zeitpunkt mit umso größerer Deutlichkeit in Erscheinung getreten sind. Und die Probleme der Veteranen haben durch deren Ausmaß und Häufigkeit ein beträchtliches ökonomisches Gewicht bekommen.

Wieder wurde über die Möglichkeit der Simulation spekuliert. Mehr und mehr wurden jedoch anhaltende Trauma-Folgeschäden auch aus einem Kontext bekannt, in dem es nicht um Entlassung aus einem Militärdienst gehen konnte und auch nicht um Renten- oder Kompensationszahlungen (z.B. aus anonymisierten Untersuchungen). In einer offenen Informationsgesellschaft hat die Fülle der

Forschungsergebnisse schließlich nicht mehr zugelassen, die Betroffenen pauschal als Simulanten und Psychopathen zu diffamieren. 1980 wurde dann die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) als eine krankheitswertige Störung in das Diagnostische und Statistische Handbuch Psychischer Störungen (DSM) der „American Psychiatric Association" aufgenommen. Damit und mit der Serie an Nahostkriegen hatte sich ein weiterer Forschungsschub ergeben, später auch in Deutschland, v.a. durch dessen Engagement in Afghanistan.

Mit dem zunehmenden Bewusstsein ihrer Verantwortung ist es bei vielen Streitkräften zur Etablierung von spezialisierten Behandlungseinrichtungen gekommen, in denen nun auch evidenz- und effizienzorientiert primär eine Hilfe für die Betroffenen angestrebt wird. War es früher ein (von vielen so verstandenes) Kriegserfordernis, die Soldaten an die Front zu bringen, so realisierte man nun vermehrt das Friedenserfordernis, die geschädigten Heimkehrer angemessen zu behandeln!



Bei der Deutschen Wehrmacht drohte Betroffenen, denen weder durch Suggestion, Elektroschocks noch durch den Aufenthalt in einem der zahlreichen „Magenbataillonen" zur Heilung verholfen werden konnte, die Abschiebung in Strafkompanien oder Konzentrationslager (Bild: deutsche Kriegsgefangene in Stalingrad, 2.2.1943).

Aktuell

In der aktuellen Version des DSM wird die PTBS als eine Störung beschrieben, bei der nach einer (definierten) traumatischen Erfahrung die Symptome eines belastenden Wiedererlebens, einer Vermeidung, einer beeinträchtigten Stimmung und einer erhöhten Erregbarkeit vorliegen.[57] Der Rückblick auf früher beschriebene Belastungs-Folgestörungen lässt damit einen Eindruck von einem fortlaufenden Wandel der Beschwerdebilder entstehen. Dass diese von der Art der Belastungen abhängen, wird die Unterschiedlichkeiten allerdings nur teilweise erklären können. Am ehesten ein Zusammenhang mit der Eigenart der Belastungen könnte noch für die Zeit des Ersten Weltkriegs angenommen werden, in dem eine große Anzahl von Soldaten langanhaltenden Stellungskriegen ausgesetzt war, in denen jede Bewegung ein Todesurteil bedeuten konnte. Des Übrigen ist der Wandel der berichteten Reaktionen wohl eher auf einen zeit- und kulturbedingten Wandel bezüglich dessen zurückzuführen, was von den Militärärzten als angemessen, interessant und relevant beurteilt und entsprechend dokumentiert wurde. Dass das seine Rückwirkungen auf die Symptombeschreibungen durch die Betroffenen gehabt hat, kann nur als selbstverständlich angesehen werden.

Durch neuere Ergebnisse wird allerdings belegt, dass als Belastungs-Folgestörung keinesfalls alleine die PTBS zu beachten wäre. Zusammenhänge mit den Einsätzen haben sich bei Soldatinnen und Soldaten nicht nur für die PTBS, sondern auch für (andere) Angststörungen, Depression, die Intermittierende-Explosible Störung und für verschiedene Formen von Substanzmissbrauch gezeigt.[58] Hinsichtlich des Substanzmissbrauches war von Veteranen schon früher berichtet worden, dass dieser häufig mit den Symptomen der PTBS begonnen hat, die sich durch den Konsum von Alkohol, Cannabis, Heroin oder Benzodiazepinen haben mildern lassen,[59] und dass es oft die Erinnerungen an traumatisch verarbeitete Ereignisse sind, die ein übersteigertes Verlangen nach der Droge auslösen.[60]

Als die (ge-)wichtigsten Risikofaktoren für die Entwicklung einer PTBS haben sich nun das Erleben der Bedrohung und das Bestehen früherer Traumen herausgestellt.[61] Und die so wünschenswert erscheinende Möglichkeit einer Prävention mit psychologischen oder medikamentösen Mitteln muss entgegen diverser Erfolgsverheißungen als sehr begrenzt beurteilt werden. Hinsichtlich einer primären Prävention, das wäre also vor dem Einsatz und dessen möglichen Belastungen, konnte keinerlei Nutzen einer darauf abzielenden Psychoedukation belegt werden.[62] Zur primär präventiven Wirkung von Medikamenten bestehen kaum hochwertige Studien, und wegen ihrer leistungsmindernden und/oder gesundheitsschädlichen Wirkung werden die in Frage kommenden Substanzen - Alpha- und Betablocker, Analgetika, Cortison, Opiate, Sedativa - auch sehr kritisch beurteilt.[63] Hinsichtlich einer sekundären Prävention nach bereits erfolgten Belastungsereignissen kann für die so häufig propagierte und eingesetzte psychologische Maßnahme

des Debriefings eine ungünstige Wirkung leider nicht ausgeschlossen werden.[64] Für eine sekundäre Prävention durch Medikamente lassen sich positive Effekte am ehesten für Cortison belegen. Für einen routinemäßigen präventiven Einsatz von Medikamenten wird der Stand der Forschung allerdings als noch nicht ausreichend eingeschätzt.[65]

Insgesamt deutlich besser ist die Befundlage hinsichtlich der Behandlungsmöglichkeiten bei einer bereits bestehenden PTBS. Hier können positive Effekte auch für Medikamente gut belegt werden, so etwa für Alphablocker, Topiramat oder Paroxetin. Die vergleichsweise besten Ergebnisse werden jedoch mit psychotherapeutischen Methoden erzielt, nämlich mit jenen, in denen eine aktive konfrontative Auseinandersetzung mit den Traumainhalten erfolgt.[66] Das trifft neben dem sogenannten EMDR („Eye Movement Desensitization and Reprocessing“) v.a. für die Methoden der Kognitiven Verhaltenstherapie zu, für die eine hervorragende Wirksamkeit auch in den methodisch höchstwertigen Studien bei Soldatinnen und Soldaten aufgezeigt wurde.[67] So sind es auch diese konfrontativen psychotherapeutischen Methoden, die heute von den meisten wissenschaftlichen Fachgesellschaften als die Behandlungsmethoden der Wahl empfohlen werden.[68]

Dass viele Betroffene nur eine geringe Bereitschaft haben, sich in Behandlung zu begeben, weil sie kein Vertrauen in Mental-Health-Angebote haben, dienstliche Nachteile befürchten oder Angst haben, als schwach dazustehen,[69] scheint gerade nach den hier erfolgten historischen Betrachtungen nicht verwunderlich. Trotzdem gilt es heute bei den Streitkräften von entwickelten Ländern als Standard, entsprechende Behandlungseinrichtungen zur Verfügung zu stellen. Das dürfte nicht nur mit der Erkenntnis zu tun haben, dass mit unbehandelten Störungen beträchtliche Risiken, Kosten und Belastungen für Militär und Gesellschaft bestehen, sondern vielleicht auch mit einer Rückbesinnung der militärischen und politischen Führung auf ihre menschliche Verantwortung gegenüber ihren Soldatinnen und Soldaten.[70]

Nicht ganz fern der Tradition erscheint jedoch, dass es auch heute noch in Österreich möglich ist, dass ein Soldat nach erfolgter psychologischer Eignungsüberprüfung in einen Auslandseinsatz entsendet wird, dann aber bei Auftreten von psychischen Folgeschäden ein Anspruch gemäß Heeresversorgungsgesetz abgelehnt wird - wegen des vermeintlichen Bestehens psychischer Vorbelastungen.[71]

Zusammenfassung

Seit der Antike wird über psychische Belastungsfolgen nach Kampf- oder Kriegsereignissen berichtet. Oft ist ein offener und rationaler Umgang damit aber durch Kriegsinteressen stark behindert worden - besonders während der großen Kriegskatastrophen des 20. Jahrhunderts. Dass viele aus psychischen Gründen nicht mehr kämpfen konnten, ist in einem totalen Krieg als Gefährdung der Kriegsziele bekämpft worden. Entsprechend wurde häufig die Möglichkeit von psychischen Kriegsschädigungen geleugnet und/oder gegenüber den Betroffenen ein erheblicher Druck aufgebaut: Sie wurden als Simulanten oder Psychopathen dargestellt, und die Behandlung sollte sie zurück an die Front zwingen. Nur zögernd wurde eine differenziertere Sichtweise möglich, in den USA dann sehr rasch nach dem Ende des Vietnamkrieges. Hier hat angesichts der bei den Heimkehrern in einem so großen Ausmaß festzustellenden Probleme eine intensive Forschung über die psychischen Belastungsfolgen eingesetzt, die deren konsistentes Auftreten auch in einem Kontext belegt hat, in dem keinerlei Simulation eine Rolle spielen kann. Ein weiterer Forschungsschub wurde dann durch die Anerkennung der Posttraumatischen Belastungsstörung als eine krankheitswertige Belastungsfolge angestoßen. Dieser hat auch zur Entwicklung von effizienten Behandlungsmethoden beigetragen. Heute gehört es zum Standard einer modernen Armee, dass psychische Einsatz-Folgeschäden als Dienstbeschädigungen aufzufassen und auch innerhalb der Institution spezifische Einrichtungen zu deren Behandlung vorzusehen sind. ■

ANMERKUNGEN:

1) Marc-Antoine Croq & Louis Croq: From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. In: Dialogues in Clinical Neuroscience 2(1)/2000, S.47f.
2) Franklin D. Jones et al.: War psychiatry. Virginia 1995, S.6.
3) Oswald J. Klingler et al.: Dienstliche Belastungen bei Rekruten und Kaderangehörigen 2016. Unveröffentlichter Bericht an KdoLaSK und HPA/HPD 2017.
4) Jones et al., a.a.O., S.6.
5) David Anderson: Dying of nostalgia: Homesickness in the Union Army during the Civil War. In: Civil War history 56/2010, S.247-282.
6) Paul Oglesby: Da Costa's syndrome or neurocirculatory asthenia. In: British Heart Journal 58/1987, S.306-315.
7) R. B. Rosenburg: Empty sleeves and wooden pegs. In: Disabled veterans in history (Hrsg. David A. Gerber). Michigan 2012, S.222.
8) Vgl. Esther Fischer-Homberger: Railway Spine und traumatische Neurose. In: Gesnerus 27/1970, 1/2.
9) Johannes Rigler: Über die Folgen der Verletzungen auf Eisenbahnen insbesondere der Verletzungen des Rückenmarks. Berlin 1879.
10) Esther Fischer-Homberger: Der Begriff des freien Willens in der Geschichte der traumatischen Neurose. In: Clio Medica 6/1971, S.126.
11) Emil Kraepelin: Psychiatrie. Leipzig 1904, S.721ff.
12) Jones et al., a.a.O., S.8.
13) Oglesby, a.a.O. S.308.
14) Charles C. Myers: A contribution to the study of shell shock. In: The Lancet, Feb.13/ 1915, S.316-320.
15) W. H. R. Rivers: An address on the repression of war experience. In: The Lancet Feb.2/1918, S.173-177.
16) Vgl. José Brunner: Will, desire and experience: Etiology and ideology in the German and Austrian medical discourse on war neuroses, 1914-1922. In: Transcultural Psychiatry 37/2000, S.295-320.
17) Brunner, a.a.O., S.303.
18) B. S. Oppenheimer & M. A. Rothschild: The psychoneurotic factor in the „irritable heart“ of soldiers. In: The British Medical Journal, July 13/1918, S.29-31.
19) Fritz Kaufmann: Die planmäßige Heilung komplizierter psychogener Bewegungsstörungen in einer Sitzung. In: Feldärztliche Beilage zur Münchner Medizinischen Wochenschrift 22/2016, S.802-804.
20) https://vimeo.com/115613516.
21) Brunner, a.a.O., S.306.
22) Bessel A. van der Kolk: The history of trauma in psychiatry. In: Handbook of PTSD. New York 2007, S.19-36.
23) Edgar Jones & Simon Wessely: „Forward Psychiatry“ in the Military. In: Journal of Traumatic Stress 16/2002, S.411-419.
24) Ted Bogacz: War Neurosis and Cultural Change in England. In: Journal of Contemporary History 24/1989, S.227-256.
25) Thomas, W. Salmon: The care and treatment of mental diseases and war neuroses („shell shock“) in the British Army. New York 1917, S.43.

26) Ebenda, S.31.
27) Ebenda, S.34-41.
28) Rivers, a.a.O.
29) Karl Kraus: Die letzten Tage der Menschheit. 1922, IV. Akt, Szene 41.
30) Vielfach wurde die Existenz von Kriegsneurosen als Beweis gegen die psychoanalytischen Lehre Freuds diskutiert: Vgl. Bogacz, a.a.O., S.234.
31) Rudolf O. Zucha: Kriegsneurosen: Konflikt Wagner-Jauregg vs. Sigmund Freud. In: Zeitschrift für Sozialpsychologie und Gruppendynamik in Wirtschaft und Gesellschaft 39/2014, S.34-43.
32) Vgl. Fischer-Homberger 1971, a.a.O.
33) Sigmund Freud: Einleitung. In: Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen. Leipzig 1919, S.4-5.
34) Sandor Ferenczi: Die Psychoanalyse der Kriegsneurosen. Leipzig 1919, S.21.
35) Ebenda, S.26f.
36) Ebenda, S.28.
37) Ein interessanter Fallbericht hierzu in Michael Forcher & Bernhard Mertelseder: Gesichter der Geschichte - Schicksale aus Tirol 1914-1918. Innsbruck 2015.
38) Max Nonne: Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914 bis 1918. In: Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege 1914/1918. Leipzig 1922, S.112.
39) Hartmann Hinterhuber: Julius Wagner-Jauregg und die Eugenik. In: Neuropsychiatrie 19/2005, S.109-130.
40) Abram Kardiner: War stress and neurotic illness. New York 1947, S.166.
41) Ebenda, S.95.
42) Ebenda, S.390.
43) Ebenda, S.409.
44) Jones et al., a.a.O., S.9.
45) Vgl. Jones & Wessely, a.a.O.
46) Ruth Kloocke et al.: Psychological injury in the two World Wars. In: History of Psychiatry 16/2005, S.43-60.
47) Rolf Valentin: Magenkranke in militärischen Sonderformationen. In: Deutsches Ärzteblatt 44/1977, S.2648-2651.
48) Vgl. Peter Steinkamp: Zur Devianz-Problematik in der Wehrmacht: Alkohol- und Rauschmittelmissbrauch bei der Truppe. Dissertation, Universität Freiburg i. Br. 2008.
49) Vgl. Kloocke et al., a.a.O.
50) Kardiner, a.a.O., S.411f.
51) Frank Schneider: Psychiatrie im Nationalsozialismus. In: Neurotransmitter 1/2011, S.19-25.
52) Ralf Forsbach: Friedrich Panse - etabliert in allen Systemen. In: Nervenarzt 83/2012, S.329-336.
53) Alexandra T. K. Lehmacher: Traumakonzepte im historischen Wandel. Dissertation, Universität Bonn 2013.
54) Jones et al., a.a.O., S.17f.
55) Jones & Wessely, a.a.O., S.415.
56) Jones et al., S.18f.
57) Peter Falkai & Hans-Ulrich Wittchen: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. Göttingen 2015.
58) Vgl. a) Ronald C. Kessler et al.: Thirty-day prevalence of DSM-IV mental disorders among nondeployed soldiers in the US Army. In: JAMA Psychiatry 71/2014, S.504-513 und b) Hans-Ulrich Wittchen et al.: Rates of mental disorders among German soldiers deployed to Afghanistan. In: Journal of Depression and Anxiety 133/2013. doi:10.4172/2167-1044.1000133.
59) J. Douglas Bremner et al.: Chronic PTSD in Vietnam combat veterans: course of illness and substance abuse. In: American Journal of Psychiatry, 153/1996, S.369-375.
60) Scott, F. Coffey et al.: Trauma-focused imaginal exposure for individuals with comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol dependence: Revealing mechanism of alcohol craving in a cue reactivity paradigm. In: Psychology of Addictive Behaviours, 20/2006, S.425-435.
61) Vgl. a) A. C. Iversen et al.: Risk factors for post-traumatic stress disorder among UK Armed Forces personnel. In Psychological Medicine 38/2008, 511-522 und b) Christopher J. Phillips et al.: Risk factors for posttraumatic stress disorder among deployed US male marines. In: BMC Psychiatry 10/2010, S.52.
62) Kathleen Mulligan et al.: Psycho-educational interventions designed to prevent deployment-related psychological ill-health in armed forces personnel: a review. In: Psychological Medicine, 41/2011, S.673-686.
63) Joachim C. Burbiel: Primary prevention of posttraumatic stress disorder. In: Military Medical Research 2/2015. DOI 10.1186/s40779-015-0053-2.
64) Neil P. Roberts et al. Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder. In: Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, 3. DOI: 10.1002/14651858.CD006869.pub2.
65) Vgl. die Reviews von a) Ravi Philip Rajkumar & Balaji Bharadwaj: Pharmacological prevention of posttraumatic stress disorder. In: Advances in Psychiatry 2014, http://dx.doi.org/10.1155/2014/529562 und b) Catherine A. Forneris et al.: Interventions to prevent post-traumatic stress disorder. In: American Journal of Preventive Medicine 44/2013, S.635-650.
66) Bradley V. Watts et al.: Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. In: Journal of Clinical Psychiatry 74/2013, S.e541-e550.
67) Oswald J. Klingler: Posttraumatische Belastungsstörung bei Soldatinnen und Soldaten. In: Psychologie in Österreich 2016/1&2, S.28-35.
68) Entsprechende Empfehlungen finden sich auch beim U.S. Department of Veterans Affairs/Department of Defense: Clinical practice guideline for the management of posttraumatic stress disorder - Clinician summary, version 3.0/2017. https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VADoDPTSDCPGClinicianSummaryFinal.pdf.
69) Charles W. Hoge et al.: Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. In: The New England Journal of Medicine 351/2014, S.13-22.
70) An der Herstellung entsprechender Voraussetzungen wird auch beim Österreichischen Bundesheer gearbeitet. Über den aktuellen Stand informiert Oswald J. Klingler: Psychotraumatologie und Stressmanagement, Lagemeldung 2018, unveröffentlichter Bericht an HPA/HPD und KdoLog.
71) Eine entsprechende Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichtes findet sich unter: https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bvwg/BVWGT_20180327_W209_2123860_1_00/BVWGT_20180327_W209_2123860_1_00.html.



Dr. Oswald J. Klingler

Geb. 1954; Matura 1973 in Wien IV; Grundwehrdienst 1973/1974 an der Heeres-Aufklärungsabteilung Mistelbach. Pädagogische Akademie des Bundes in Wien, einige Jahre Lehrer an Tiroler Pflichtschulen; Studium der Psychologie an der Leopold-Franzens Universität Innsbruck, dort einige Jahre als freier Mitarbeiter und Vertragsassistent am Institut für Biostatistik und Dokumentation der Medizinischen Fakultät; seit 1992 militärpsychologische Tätigkeit beim Österreichischen Bundesheer, zunächst bei der Stellungskommission Militärkommando Tirol; seit 2009 als Leiter des Instituts für Psychotraumatologie und Stressmanagement am Sanitätszentrum West, Innsbruck. Psychotherapeut, allgemein beeideter gerichtlicher Sachverständiger, zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten (oswald-j-klingler.at).